



**University of  
Zurich<sup>UZH</sup>**

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2017

---

## **Kulturelle Anpassung in Diagnostik und Psychotherapie**

Heim, Eva ; Maercker, Andreas

**Abstract:** Die stetig wachsende kulturelle Diversität und die weltweite Versorgungslücke im Bereich psychischer Gesundheit haben zu einem „Globalisierungs“-Anspruch an die Psychotherapie geführt, weshalb die kulturelle Anpassung von evidenzbasierten Diagnose- und Interventionsverfahren zunehmend an Bedeutung gewinnt. Dieser Beitrag stellt aktuelle Forschungsergebnisse aus dem Bereich der klinischen Kulturpsychologie vor. Anhand von zwei Beispielen – *ataque de nervios* (Lateinamerika) und *khyâl* (Kambodscha) – wird dargestellt, wie sich psychische Störungen in verschiedenen Kulturen präsentieren und wie solche kulturspezifischen Syndrome diagnostisch erfasst werden können. Des Weiteren wird erläutert, welche subjektiven und wissenschaftlichen Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen in verschiedenen Kulturen bestehen. Und schließlich werden Methoden zur kulturellen Anpassung von therapeutischen Verfahren beschrieben. Implikationen für die Praxis werden zu allen Bereichen vorgeschlagen.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-140335>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Heim, Eva; Maercker, Andreas (2017). Kulturelle Anpassung in Diagnostik und Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, (1):4-9.

# Kulturelle Anpassung in Diagnostik und Psychotherapie

Eva Heim & Andreas Maercker

**Zusammenfassung:** Die stetig wachsende kulturelle Diversität und die weltweite Versorgungslücke im Bereich psychischer Gesundheit haben zu einem „Globalisierungs“-Anspruch an die Psychotherapie geführt, weshalb die kulturelle Anpassung von evidenzbasierten Diagnose- und Interventionsverfahren zunehmend an Bedeutung gewinnt. Dieser Beitrag stellt aktuelle Forschungsergebnisse aus dem Bereich der klinischen Kulturpsychologie vor. Anhand von zwei Beispielen – *ataque de nervios* (Lateinamerika) und *khyâl* (Kambodscha) – wird dargestellt, wie sich psychische Störungen in verschiedenen Kulturen präsentieren und wie solche kulturspezifischen Syndrome diagnostisch erfasst werden können. Des Weiteren wird erläutert, welche subjektiven und wissenschaftlichen Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen in verschiedenen Kulturen bestehen. Und schließlich werden Methoden zur kulturellen Anpassung von therapeutischen Verfahren beschrieben. Implikationen für die Praxis werden zu allen Bereichen vorgeschlagen.

Diagnostische Verfahren und psychotherapeutische Interventionen kommen zunehmend häufig im interkulturellen Bereich zur Anwendung, entweder mit der Geflüchteten- und Migrationsbevölkerung in Europa oder – z. B. durch internationale Organisationen – direkt in Entwicklungsländern. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im letzten Jahrzehnt zuverlässige Daten zur Prävalenz psychischer Erkrankungen und zur Verfügbarkeit von psychotherapeutischen Angeboten vorgelegt. Dabei zeigt sich, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen weltweit hoch und die Versorgung vor allem in Ländern mittleren und niedrigen Einkommens sehr limitiert ist (Kessler et al., 2007; Saxena, Thornicroft, Knapp, & Whiteford, 2007). In Ländern hohen Einkommens zeigt sich zudem eine Unterversorgung der Migrationsbevölkerung (Schouler-Ocak, Aichberger, Penka, Kluge, & Heinz, 2015). Die „Global Mental Health“-Bewegung setzt sich weltweit für eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein (Patel & Prince, 2010).

Aus Sicht der klinischen Kulturpsychologie (engl. *cultural clinical psychology*; Ryder & Chentsova-Dutton, 2015) stellt diese „Globalisierung“ von Diagnose- und Interventionsverfahren neue Anforderungen an die Forschung und Praxis. Dies bedeutet, dass gängige Konzepte hinterfragt und gegebenenfalls an neue empirische Evidenz angepasst werden müssen. Die große Herausforderung besteht darin, einerseits der kulturellen Vielfalt und Einzigartigkeit ethnischer Gruppen gerecht zu werden und andererseits Konzepte und Theorien zu formulieren, welche nicht nur für eine bestimmte Gruppe gelten, sondern kulturübergreifende Gültigkeit haben. Dieses Spannungsfeld zwischen dem kulturspezifischen und dem kulturübergreifenden Blickwinkel wird in diesem Beitrag anhand verschiedener Beispiele verdeutlicht.

Aktuelle Evidenz aus der klinischen Kulturpsychologie umfasst

- **Phänomenologie und Diagnostik**, d. h. die Beschreibung von Symptomen und Störungsbildern sowie die Entwicklung kultursensitiver diagnostischer Verfahren,
- **Ätiologie**, d. h. kulturell angepasste Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen sowie
- **Intervention**, d. h. die kulturelle Anpassung psychotherapeutischer Interventionsverfahren.

Dieser Beitrag vermittelt eine Übersicht über aktuelle wissenschaftliche Beiträge aus diesen drei Bereichen und präsentiert Studien aus der Forschungsgruppe klinische Kulturpsychologie an der Universität Zürich. Zudem werden mögliche Implikationen für die Praxis vorgeschlagen.

## Psychische Störungen im interkulturellen Kontext

### Störungs-„Bilder“: Wie sich psychische Störungen darstellen

Die Phänomenologie psychischer Störungen befasst sich damit, wie subjektiv wahrgenommene Symptome einer Patientin oder eines Patienten<sup>1</sup> beschrieben werden können.

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht mehr durchgehend beide Geschlechtsformen genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Die gelebte Erfahrung eines Patienten ist für außenstehende Personen nicht direkt zugänglich, sondern wird mithilfe von Sprache und Bildern ausgedrückt. Solche sprachlichen Ausdrücke und Metaphern sind kulturgebunden, wie anhand zweier Beispiele illustriert werden soll. Diese Beispiele werden im Verlauf des Beitrags verwendet, um sowohl Erklärungsmodelle als auch mögliche Handlungsimplicationen zu veranschaulichen. Die beiden Beispiele – *ataque de nervios* (Südamerika) und *khyâl* (Kambodscha) – wurden in der Literatur zu klinischer Kulturpsychologie bereits mehrfach ausführlich diskutiert (vgl. Kirmayer, Lemelson & Cummings, 2015) und sollen deshalb hier nur kurz dargestellt werden.

In großen Teilen Südamerikas wird mit dem Begriff *ataque de nervios* ein sehr intensiver emotionaler Zustand beschrieben, in welchem die betroffenen Personen die Kontrolle über ihre Handlungen teilweise oder gänzlich verlieren (Guarnaccia, Lewis-Fernández & Marano, 2003). Symptome werden auf vier Ebenen beschrieben: ausgeprägte negative Emotionen, starke Körperempfindungen (z. B. Zittern oder Schmerzen in der Brust), unkontrolliertes Verhalten (z. B. Aggressivität oder Suizidalität) sowie Veränderungen im Bewusstseinszustand (z. B. Bewusstlosigkeit oder spätere Amnesie für den Vorfall). Oft beschreiben Betroffene nach einem solchen Zustand, sie seien „nicht sie selbst“ gewesen. Obwohl eine gewisse Übereinstimmung der Symptomatik mit Panikattacken und dissoziativen Störungen augenscheinlich ist, fand sich dennoch keine Eins-zu-eins-Überschneidung dieser Störungsbilder mit *ataque de nervios*, denn 67% der Personen mit *ataque de nervios* erfüllen die Kriterien für eine Panikstörung nicht (Lewis-Fernández & Aggarwal, 2015). Die kulturellen Faktoren, welche zur Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Symptomatik beitragen, werden weiter unten noch beschrieben.

Das Phänomen *khyâl* stammt aus der Forschung mit kambodschanischen Geflüchteten in den USA (Hinton & Simon, 2015). In asiatischen und südasiatischen Kulturen werden somatische Symptome oft einer Dysregulation von Wind im Körper zugeschrieben. *Khyâl* ist ebenfalls eine windähnliche Substanz, welche in den Gefäßen des Körpers zirkuliert wie Blut. Im gesunden Zustand fließt die Substanz durch den Körper und verlässt ihn durch die Haut, durch Aufstoßen oder durch den gastrointestinalen Trakt. Wird dieser normale Fluss gestört, fließt *khyâl* zusammen mit dem Blut in Richtung Kopf, was in der lokalen Umgangssprache als „*khyâl* werden“ beschrieben wird (Hinton, Pich, Marques, Nickerson & Pollack, 2010). Verschiedene Symptome und körperliche Beschwerden werden durch eine solche „*khyâl* attack“ ausgelöst, wie z. B. Schwindel, Tinnitus, unscharfe Sicht, Kopfschmerzen, Übelkeit oder Nackenschmerzen. Auch zu diesem Beispiel wird weiter unten die kulturelle Bedeutung dieser Symptome beschrieben.

Prinzipiell stellt sich die Frage, ob in Anbetracht dieser sehr kulturspezifischen Phänomene überhaupt kulturübergreifende Diagnosekriterien für psychische Störungen festgelegt werden können. Kleinman (1977) hat bereits vor vierzig Jahren

---

### — Die „Globalisierung“ von Diagnose- und Interventionsverfahren stellt neue Anforderungen an Forschung und Praxis – gängige Konzepte müssen hinterfragt und gegebenenfalls an neue empirische Evidenz angepasst werden. —

---

auf den Trugschluss der euro-amerikanischen Diagnosekategorien hingewiesen. Aus seiner Sicht liegt der Trugschluss darin, dass eine psychiatrische Diagnose zwar aufgrund der Definitionskriterien scheinbar vorliegen kann, der spezifische Kern eines kulturspezifischen Syndroms damit aber gar nicht erfasst wird.

### Kulturell übertragbare Diagnosekriterien: Ein Trugschluss?

Im klinischen Alltag wird die Diagnostik mithilfe von standardisierten Verfahren durchgeführt. Sowohl das *Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen* (DSM-5; Falkai & Wittchen, 2015) als auch die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (ICD-10; WHO, 1992) ordnen bestimmte Symptome zu definierten Diagnosekategorien zu. Adeponle, Thombs, Groleau, Jarvis und Kirmayer (2012) haben die Diagnosen von mehr als dreihundert Patienten aus unterschiedlichen Kulturen überprüft. Von den siebzig Patienten mit einer diagnostizierten psychotischen Erkrankung wurden fast fünfzig Prozent neu diagnostiziert, wobei Major Depression, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Anpassungsstörung und Bipolare Störung die häufigsten neuen Diagnosen waren. Der Grund für die „Fehldiagnosen“ lag laut den Autoren darin, dass die spezifischen kultur- bzw. religionsgebundenen Wahrnehmungen der Patienten als Wahn missverstanden worden waren.

In den neuen Ausgaben von DSM und ICD wurde intensiv daran gearbeitet, kulturell gültige Konzepte in der Diagnostik psychischer Störungen zu erarbeiten. Bereits im DSM-IV war ein Leitfaden zur Beurteilung kultureller Einflussfaktoren sowie ein Glossar kulturabhängiger Syndrome (u. a. *ataque de nervios* und *khyâl*) eingeführt worden. Allerdings hat sich dieser Leitfaden als zu aufwendig für die klinische Praxis herausgestellt. Aus diesem Grund wurde für die Revision des DSM-5 ein neues *Cultural Formulation Interview* eingeführt, welches weiter unten beschrieben wird. Für die Revision der ICD wurde kein übergeordnetes Modul für die Erfassung kultureller Syndrome eingeführt. Trotzdem wurde der Frage nach der kulturübergreifenden Relevanz der Diagnosekriterien Beachtung geschenkt. In den einzelnen Arbeitsgrup-

pen zur Revision der ICD wurde besonders darauf geachtet, dass Störungsbilder in der ICD-11 nicht nur in westlichen Ländern Gültigkeit haben. So weisen z. B. Maercker und Kollegen (2013) explizit darauf hin, dass das Zeitkriterium zur Vergabe der Diagnose einer *anhaltenden Trauerstörung* in Abhängigkeit von der kulturellen Norm zu beurteilen sei.

Während in diesem Abschnitt die Frage nach den Diagnosekriterien beleuchtet wurde, fasst der nächste Abschnitt verschiedene Methoden der klinischen Diagnostik zusammen. Selbstverständlich greifen diese beiden Fragestellungen ineinander über: *Wie* Symptome erhoben werden führt letztlich dazu, *welche* Symptome erfasst werden. Ohne kulturelle Anpassung dieser Methoden können sowohl individuelle Diagnosen als auch Prävalenzraten auf Bevölkerungsebene auf Messfehlern beruhen, was wiederum Konsequenzen für die Praxis mit sich bringt.

## Klinische Diagnostik

Die WHO hat das standardisierte *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI, Kessler & Üstun, 2004) entwickelt und im Rahmen des *World Mental Health Survey* in 28 Ländern eingesetzt (Kessler et al., 2007). Das primäre Ziel dieser Studie lag darin, weltweit vergleichbare Prävalenzraten zu erheben. Die Erfassung von kulturspezifischen Symptomen und Erklärungsmodellen wurde dabei nicht berücksichtigt. Aufgrund der frühen Kritik von Kleinman (1977) an solchen kulturübergreifenden Studien hat Weiss (1997) den *Explanatory Model Interview Catalogue* (EMIC) entwickelt, mithilfe

## Der Prozess der Wahrnehmung und Interpretation von Symptomen wird gesteuert durch kognitive Modelle und soziale Interaktionen, welche kulturell geprägt sind.

dessen kulturspezifische Symptome und Erklärungsmodelle erfasst werden. Weiss, Raguram und Channabasavanna (1995) fanden in Indien eine limitierte Übereinstimmung zwischen DSM-III-Diagnosen und den Diagnosen, welche mithilfe des EMIC gestellt wurden. Auch der EMIC hat sich jedoch als sehr lang und ausführlich erwiesen, was dessen Verwendbarkeit in der Praxis erheblich einschränkt. Aus diesem Grund wurden verschiedene kürzere Instrumente entwickelt. Diesen Interviews ist gemeinsam, dass sie sowohl die subjektiven Symptome des Patienten als auch Annahmen zu Ursachen, zum zeitlichen Verlauf der Störung sowie Heilungsmöglichkeiten erfragen:

- *Short Explanatory Model Interview* (SEMI; Lloyd et al., 1998),
- *Barts Explanatory Model Inventory* (BEMI; Rüdell, Bhui & Pribe, 2009),

- *McGill Illness Narrative Interview* (MINI; Groleau, Young & Kirmayer, 2006) oder
- *Cultural Formulation Interview* in DSM-5 (abgedruckt in: Falkai & Wittchen, 2015).

In der klinischen Praxis mit Patienten aus diversen kulturellen Kontexten ist es aufgrund der aktuellen Datenlage empfehlenswert, solche Interviews oder Teile daraus durchzuführen. Informationen über die eigene Symptomwahrnehmung des Patienten, seine subjektiven Erklärungsmodelle für sein Leiden sowie seine Annahmen über den Verlauf der Störung bzw. deren Behandlung sind aus verschiedenen Gründen therapierelevant. Durch das Erfragen dieser Inhalte fühlt sich der Patient verstanden, was die Therapiebeziehung stärkt. Auch kann damit ein gemeinsames Erklärungsmodell für die Störung erstellt werden, was sowohl die Wahrscheinlichkeit der Adhärenz als auch die positive Erwartung an den Therapieerfolg stärkt. Diese Faktoren erhöhen insgesamt die Wahrscheinlichkeit eines positiven Verlaufs in der Psychotherapie.

## Ätiologie psychischer Störungen: Erklärungsmodelle im kulturellen Kontext

### Kulturspezifische Erklärungsmodelle am Beispiel von *ataque de nervios* und *khyâl*

Kultur prägt die Art und Weise, wie Patienten ihre Symptome interpretieren und welche Bedeutung sie ihnen zuschreiben (Kirmayer & Bhugra, 2009). Genauer gesagt, der Prozess der Wahrnehmung und Interpretation von Symptomen (d. h. Körperempfindungen und Emotionen) wird gesteuert durch kognitive Modelle und soziale Interaktionen, welche kulturell geprägt sind. Kulturelles Wissen über Gesundheit und Krankheit ist im Gedächtnis gespeichert über Assoziationen (z. B. verstopfte Nase bedeutet Erkältung), Prototypen (d. h. Geschichten anderer Personen, die etwas ähnliches erlebt haben), aber auch implizite Regeln und Praktiken, die nicht unbedingt bewusst zugänglich sind (Kirmayer & Sartorius, 2007). Auch die Reaktion von Außenstehenden prägt die Bedeutung, welche bestimmten Symptomen zugemessen wird. Diese kulturell geprägten Einflussfaktoren führen zu einer Bewertung der Symptome, was sich wiederum auf diese Symptome auswirkt, im Sinne einer Feedback-Schleife (Kirmayer & Sartorius, 2007): Werden Symptome als bedrohlich eingeschätzt, führt dies zu einer Veränderung des Aufmerksamkeitsfokus sowie zu physiologischen Reaktionen, d. h. unter Umständen zu einer Verstärkung der Symptome. Solche Feedback-Schleifen sind in der klinischen Psychologie und Psychotherapie längst bekannt, z. B. in kognitiven Modellen der Panikstörung. Aus der Perspektive der klinischen Kul-

turpsychologie ist nun relevant, *welche* Symptome selektiv wahrgenommen und *wie* diese Symptome kognitiv interpretiert werden (Ryder & Chentsova-Dutton, 2015). Daraus wird ersichtlich, welche Annahmen über die Funktion des Körpers, über Gesundheit allgemein und über das Entstehen (psychischer) Erkrankungen kulturell vorhanden sind und weitergegeben werden. An den beiden Beispielen *ataque de nervios* und *khyâl* lässt sich dies veranschaulichen.

Eine *ataque de nervios* wird durch überwältigende belastende Situationen in Zusammenhang mit nahen Beziehungen ausgelöst, zum Beispiel Tod eines Angehörigen oder Streit in der Familie (Lewis-Fernández & Aggarwal, 2015). Allerdings können solche Attacken auch ohne scheinbare äußere Auslöser vorkommen, z. B. wenn sich schwierige Emotionen über die Zeit kumulieren. Aussagen von Betroffenen in beiden Fällen beinhalten den inneren Kampf gegen die überwältigenden Emotionen. Damit wird der längere Prozess des „Durchhaltens“ betont. Die eigentliche *ataque de nervios* erfolgt dann, wenn die Betroffenen die starken Emotionen nach eigenen Angaben „nicht mehr aushalten“. Lewis-Fernández und Aggarwal (2015) erklären die kulturelle Bedeutung von „Kontrolle behalten“ (Spanisch: *controlado/a*) in Puerto Rico. Dort gilt es als wichtige Tugend, auch angesichts sehr schwieriger Situationen ruhig zu bleiben. Intensive Emotionalität, in unangemessener Weise ausgedrückt, wird als gefährlich oder schädlich erlebt. Die soziale Erwünschtheit von emotionalen Reaktionen wird laufend überprüft. Historisch erklären die Autoren diese kulturellen Regeln wie folgt: In karibischen Gesellschaften hätten die Menschen auf die enorme strukturelle Gewalt in der Geschichte, welche durch Sklaverei, Diktaturen, Genozide und Rassendiskriminierung geprägt sei, stets auf nicht konfrontative Weise reagiert: *„Rather than adopting a ‚do-or-die attitude‘ that would likely generate civil war and social disintegration, Caribbean societies have privileged instead a ‚sinuous‘, ‚fluid‘, ‚rhythmic‘ response that opposes an image of dance to that of war“* [„Anstelle einer Grundeinstellung von ‚hart-auf-hart‘, welche Bürgerkrieg und soziale Desintegration verursacht hätte, haben karibische Gesellschaften eine ‚sinusoide‘, ‚flüssige‘, ‚rhythmische‘ Reaktion gewählt, eine Reaktion, welche dem Krieg den Tanz entgegenstellt.“] (Lewis-Fernández & Aggarwal, 2015, Seite 450).

Der Verlust von Kontrolle über starke Emotionen wird deshalb in der Gesellschaft als bedrohlich erlebt, weil das fragile Gleichgewicht gestört werden könnte. Die Autoren erklären das Fremderleben einer *ataque de nervios*, welches ausgedrückt wird durch „nicht sich selbst sein“ während eines solchen Anfalls, als Möglichkeit für die Menschen, starke Emotionen auszuleben, ohne gesellschaftlich das Gesicht zu verlieren oder sanktioniert zu werden. Eine überraschend hohe Zahl von Betroffenen erfüllt die Kriterien für eine disso-

ziative Störung, da sie während einer *ataque de nervios* nicht ansprechbar sind und/oder sich später nicht daran erinnern.

Für die „*khyâl attack*“ nennen Hinton und Simon (2015) eine Vielzahl von Körpersymptomen, u. a. Schwindel, Kopf- oder Nackenschmerzen. Die Autoren beschreiben das Fallbeispiel von Chan, einem kambodschanischen Geflüchteten. Unter dem Regime von Pol Pot wurde Chan wie Tausende andere Arbeiter gezwungen, mehr als zwölf Stunden am Tag unter gleißender Sonne beim Bau von Dämmen mitzuarbeiten. Zwei Mal am Tag erhielten die Arbeiter wässrige Suppe mit wenig Reis. Aufgrund der harten Arbeit und der Mangeler-nährung waren die meisten Arbeiter stark geschwächt. Chan litt außerdem wie viele andere Arbeiter unter Malaria, was mit Schwindelattacken und Bewusstlosigkeit einherging. Chan war auch dadurch schwer traumatisiert, dass er die Exekution seiner zwei Brüder und eines Nachbarn aus nächster Nähe miterlebt hatte. Während einer *khyâl attack* erlitt Chan vor allem starken Schwindel, Nackenstarre und Herzrasen. Bei einer solchen Attacke befürchtete er, dass er mit *khyâl* überladen werden könnte und in der Folge das Herz aussetzen oder ihm die Arme und Beine absterben könnten. Eine *khyâl attack* war in seinem Fall meist auch verbunden mit Intrusionen, in welchen er die traumatischen Ereignisse aus seiner Vergangenheit wiedererlebte.

Hinton und Simon (2015) beschreiben anhand dieses Fallbeispiels, wie Körperempfindungen bei ganzen Gruppen von Personen zu Sinnbildern für kollektive traumatische Erlebnisse werden und somit posttraumatische Reaktionen auslösen können. Zum Beispiel erfolgte zur Zeit der Roten Khmer die Exekution von Tausenden von Menschen durch Schüsse in

---

### Das spezifische Wissen über den historischen Hintergrund und die Bedeutung von Symptomen kann für deren Behandlung von großer Bedeutung sein.

---

den Nacken, was viele der Flüchtenden hautnah miterleben mussten. Nackenschmerzen lösten deshalb nach Angaben der Autoren bei vielen Flüchtenden negativ besetzte Assoziationen aus, was wiederum zu Panikattacken führte. Das spezifische Wissen über den historischen Hintergrund und die Bedeutung dieser Symptome kann für deren Behandlung von großer Bedeutung sein. Am Beispiel von Chan stellen die Autoren dar, welche psychotherapeutischen Interventionen sie aus diesen ätiologischen Überlegungen ableiteten (siehe Abschnitt zur kulturellen Anpassung von Interventionen).

Die Beispiele zu *ataque de nervios* und *khyâl* zeigen, wie wichtig es sein kann, Symptome vor dem Hintergrund geschichtlicher, sozialer und kultureller Einflussfaktoren zu bewerten. Im klinischen Alltag mit der Migrations- und Geflüch-



tetenbevölkerung ist es deshalb empfehlenswert, gemeinsam mit Patienten kulturell adäquate Erklärungsmodelle für ihre Störungen zu entwickeln, indem die genaue Bedeutung von Symptomen erfragt und gemeinsam Strategien zur Bewältigung erarbeitet werden.

Die oben genannten diagnostischen Instrumente (z. B. SEMI, BEMI oder MINI) eignen sich sehr gut, um solche Erklärungsmodelle (engl. *explanatory models*) zu erfassen. Diese Instrumente sind einfach zu handhaben. Zunächst wird der Patient gefragt, welche Symptome er wahrnimmt und wie er sich diese Symptome erklärt. Aus diesen subjektiven Erklärungsmodellen werden die impliziten (kulturell bedingten) Annahmen über Körper, Geist und deren Zusammenspiel ersichtlich. Besonders wichtig ist dabei die Sprache, d. h. die Verwendung von spezifischen Ausdrücken oder Metaphern. Diese sprachlichen Ausdrücke (engl. *idioms of distress*) sind sehr bedeutsam, da sie eine gemeinsame sprachliche Basis für die weitere Psychotherapie bilden. Außerdem kann erfragt werden, ob der Patient andere Personen kennt, welche ähnliche Symptome erlebt haben, und wie diese damit umgegangen sind. Daraus kann ein Psychotherapeut schließen, welche Annahmen der Patient über den Verlauf seiner Symptome hat. Außerdem werden mögliche katastrophalen Folgen, die er damit assoziiert (wie z. B. Chans Angst, dass Arme und Beine absterben könnten), aber auch Vorstellungen über mögliche Heilungsverläufe oder Behandlungen erfragt.

Selbstverständlich werden in der Psychotherapie auch mit Patienten gleicher Herkunft gemeinsame Erklärungsmodelle hergeleitet, welche für die weitere Psychotherapie bedeutsam sind. Dies erfordert vonseiten der Psychotherapeuten immer eine Anpassung ihres allgemeinen Fachwissens an die spezifische Situation des Patienten, z. B. hinsichtlich Bildung, Alter, Geschlecht oder Religion. Die Arbeit mit Patienten anderer kultureller Herkunft stellt in diesem Sinne lediglich eine zusätzliche, jedoch nicht grundlegend neue Herausforderung dar.

## Kulturübergreifende Faktoren der Störungsentstehung

Die klinische Kulturpsychologie hat für verschiedene Kulturen prototypische Erklärungsmodelle erarbeitet, wie sie oben dargestellt wurden. Diese Modelle können in der praktischen Arbeit mit Patienten verwendet und individuell angepasst werden. Darüber hinaus geht es in der klinischen Kulturpsychologie jedoch auch darum, aus möglichst vielen kulturspezifischen Beispielen kulturübergreifende Modelle abzuleiten, welche das Wissen aus verschiedenen Erdteilen vereinen.

In großen kulturübergreifenden Studien wie der *World Mental Health Survey* zeigt sich, dass soziale Determinanten wie Armut, Bildung oder Geschlecht in Zusammenhang stehen mit psychischen Erkrankungen (Allen, Balfour, Bell & Marmot, 2014; Kessler & Bromet, 2013). Allerdings ist diese Evidenz nicht ausreichend, um kulturelle Unterschiede zu erklären,

denn soziale Unterschiede gestalten sich in verschiedenen Kulturen unterschiedlich, je nach historischem, politischem und wirtschaftlichem Kontext (Kirmayer, 2012). Aus diesem Grund sind kulturpsychologische Modelle notwendig, welche das Zusammenspiel zwischen kulturellen und individuellen Faktoren erklären.

Ein Beispiel für ein solches Erklärungsmodell ist das sozio-interpersonelle Modell der PTBS von Maercker und Horn (2013). Dieses Modell beschreibt drei Ebenen von Einflussfaktoren, welche die Entwicklung einer PTBS fördern oder hindern. Die erste Ebene beinhaltet die intrapsychischen kognitiven und Gedächtnismodelle, welche hier nicht weiter erläutert werden. Auf der zweiten Ebene sind die nahen Beziehungen angesiedelt, also insbesondere Familie und Partnerschaft. Und die dritte Ebene umfasst den kulturellen Kontext, welcher die gesellschaftlichen Normen und kulturellen Werte beinhaltet.

Die Arbeitsgruppe in Zürich konnte in verschiedenen Untersuchungen zeigen, dass zwei spezifische Komponenten der sozialen Unterstützung – die subjektiv empfundene soziale Anerkennung als Traumaopfer und das Offenlegen von traumatischen Erfahrungen – für die Entwicklung einer PTBS relevant waren (Müller, Mörgeli & Maercker, 2008). Zudem zeigte sich in einer interkulturellen Studie mit Gewaltopfern in China und Deutschland, dass die kulturelle Wertorientierung (Schwartz, 1994) mit beiden Aspekten der sozialen Unterstützung in Zusammenhang stand. In beiden Ländern waren traditionelle Werte (d. h. Konformität, Tradition, Benevolenz) mit geringerer (subjektiver) Anerkennung als Opfer assoziiert, was mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine PTBS einherging. Moderne Werte (d. h. Macht, Selbstbestimmung, Stimulation) waren hingegen nur in Deutschland (negativ) mit PTBS assoziiert, konnten also eher als Schutzfaktor angesehen werden.

Das sozio-interpersonelle Modell von Maercker und Horn (2013) ist ein Beispiel dafür, wie kulturübergreifende Modelle der Ätiologie psychischer Störungen aussehen können. Solche Modelle beinhalten idealerweise die bereits etablierten Konzepte der klinischen Psychologie auf der individuellen Ebene, welche sich in der westlichen Literatur und Psychotherapie als erfolgreich erwiesen haben. Eine Erweiterung solcher Modelle um die kulturelle Ebene ermöglicht ein holistisches Verständnis für die Prozesse, welche zur Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beitragen. Dieses Wissen dient letztlich dazu, bessere und präzisere Interventionen zu entwickeln.

## Kulturelle Anpassung psychotherapeutischer Verfahren

Kulturelle Anpassung von psychiatrischen und psychotherapeutischen Interventionen erfordert ein hohes Maß an kultureller Kompetenz. Kirmayer (2012) beschreibt *drei Ebenen der kulturellen Kompetenz*:

1. Gesundheitssystem,
2. Personal,
3. Intervention.

Auf der Ebene des **Gesundheitssystems** braucht es das Bewusstsein über die Herausforderungen kultureller Diversität, politischen Willen sowie Leitlinien für Gleichstellung und Antirassismus. Auch braucht es spezialisierte Dienste, welche umfassendes Wissen und Erfahrung in der Arbeit mit ethnischen Minderheiten zur Verfügung stellen. Auf der Ebene des **Personals** beschreibt Kirmayer (2012) verschiedene Möglichkeiten der kulturellen Anpassung, entweder das ethnische Matching zwischen Patient und Psychotherapeut oder den Einsatz von kulturellen Übersetzern, welche nicht nur sprachliche Übersetzungsarbeit leisten, sondern vielmehr die gegenseitige interkulturelle Verständigung zwischen Patient und Psychotherapeut ermöglichen. Hierzu verweist er auf Trainingsmaterialien aus dem englischsprachigen Bereich, in den letzten Jahren ist aber auch zunehmend Literatur in Deutsch verfügbar (Liedl, Böttche, Abdallah-Steinkopff & Knaevelsrud, 2016). Die dritte Ebene der kulturellen Anpassung umfasst die **Intervention** an sich. In den folgenden Abschnitten wird dies einerseits für Sprechzimmer-Psychotherapien (*face to face*) und andererseits für Selbsthilfverfahren erläutert.

## Sprechzimmer-Psychotherapien

Kulturelle Anpassung von psychotherapeutischen Verfahren ist dann erforderlich, wenn eine Intervention in einer ethnischen Gruppe eingesetzt werden soll, die sich sprachlich und kulturell von der Gruppe unterscheidet, für die das Verfahren entwickelt wurde. Hierzu haben Bernal und Sáez-Santiago (2006) einen Ansatz entwickelt, welcher mehrere Elemente umfasst (siehe unten). Die Forschungsliteratur zeigt, dass kulturell angepasste Interventionen wirksam sind (Chowdhary et al., 2014). Auch zeigte sich in einer Studie ein linearer Zusammenhang zwischen der Anzahl umgesetzter Anpassungselemente und der Wirksamkeit einer Intervention (Smith, Domenech Rodríguez & Bernal, 2011).

Folgende Elemente der kulturellen Anpassung wurden von Bernal und Sáez-Santiago (2006) vorgeschlagen: Die Intervention muss zunächst übersetzt werden, was nicht nur rein textbasiert zu verstehen ist, sondern auch Metaphern und kulturspezifische Ausdrücke mit einschließt. Die therapeutische Beziehung muss berücksichtigt werden, da in verschiedenen Kulturen unterschiedliche Auffassungen darüber bestehen, wie eine Beziehung zwischen einem „Patienten“ und einem „Heiler“, „Arzt“ oder „Therapeuten“ aussieht. Des Weiteren müssen auch das Störungskonzept bzw. Erklärungsmodell angepasst werden, wie aus den oben beschriebenen Beispielen ersicht-

lich wird. Anpassungen von Inhalt, Zielen und Methoden der Intervention leiten sich aus dem Erklärungsmodell ab. Und schließlich muss der Kontext einer Intervention berücksichtigt werden. Dies umfasst nicht nur kulturelle, sondern auch administrativ-organisatorische Elemente, z. B. wenn Interventionen in Flüchtlingscamps, in abgelegenen ländlichen Gebieten oder in Städten mit schlechten Transportverbindungen durchgeführt werden.

Um die einzelnen Elemente dieses Modell auszuführen, kommen wir an dieser Stelle noch einmal auf das Beispiel von Chan, dem von Hinton und Simon (2015) beschriebenen kambodschanischen Geflüchteten zurück. Das gemeinsam erarbeitete Erklärungsmodell eignete sich hervorragend für eine psychotherapeutische Arbeit. Zum Beispiel wurde der Patient zu einer interozeptiven Exposition (d. h. Konfrontation mit gefürchteten Körperempfindungen) angeleitet. Anhand dieser praktischen Übungen konnte das Konzept des Teufelskreises der Angst erläutert werden und der Patient lernte Strategien zur Selbstberuhigung, z. B. durch Muskelrelaxation, Achtsamkeit und Atemübungen. Zudem wurde der Schwindel mit positiven Erinnerungen an ein traditionelles kambodschanisches Spiel assoziiert. Dieses Beispiel zeigt, dass die Psychotherapie im interkulturellen Kontext nicht neu erfunden werden muss. Viele bewährte Interventionen eignen sich für eine kulturell-sensitive Anwendung, wenn erst einmal ein gemeinsames Erklärungsmodell erarbeitet worden ist.

## Selbsthilfverfahren

Selbsthilfverfahren wie Bibliothherapie und internetbasierte Therapien haben sich in zahlreichen Studien als wirksam erwiesen. Solche Verfahren sind geeignet, um Personengruppen zu erreichen, welche anderenfalls keinen Zugang zur Versorgung hätten. Zur kulturellen Anpassung von Selbsthilfverfahren ist bisher wenig bekannt. Eine kürzlich erschienene Meta-Analyse, an welcher Autorin und Autor dieses Beitrags mitgearbeitet haben, zeigte auch bei Selbsthilfeprogrammen

— **Viele bewährte Interventionen eignen sich für eine kulturell-sensitive Anwendung, wenn erst einmal ein gemeinsames Erklärungsmodell erarbeitet worden ist.** —

einen linearen Zusammenhang zwischen der Anzahl an Anpassungselementen nach Bernal und Sáez-Santiago (2006) und der Wirksamkeit einer Intervention (Harper Shehadeh, Heim, Chowdhary, Maercker & Albanese, 2016). In dieser Meta-Analyse wurden die Autoren der Originalstudien in einer qualitativen Befragung gebeten, ihre Methoden der kulturellen Anpassung genauer zu beschreiben. Am häufigsten erwähnten die Autoren die Verwendung von kulturell relevanten Ausdrücken, um spezifische Sachverhalte wie Grübeln,

depressive Stimmung oder Entspannung zu umschreiben. Auch wurden zum Teil zusätzliche psychoedukative Materialien entwickelt, da viel weniger Vorwissen vorausgesetzt werden konnte als in westlichen Ländern.

In einem aktuellen Projekt der Forschungsgruppe klinische Kulturpsychologie der Universität Zürich wird zurzeit untersucht, ob ein kulturell angepasstes Erklärungsmodell die Wirksamkeit einer internetbasierten Intervention zur Behandlung von Depression bei kosovo-albanischen Patienten erhöht. Die erhöhte Wirksamkeit könnte unter anderem auch dadurch zustande kommen, dass sich ein solches Erklärungsmodell positiv auf die Adhärenz auswirkt, d. h. auf die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten eine Behandlung per Internet zu Ende führen.

## Schlussfolgerungen und Ausblick

Kulturelle Anpassung in Diagnostik und Psychotherapie ist wichtig und notwendig in Hinblick auf die stetig wachsende kulturelle Diversität und die damit verbundene „Globalisierung“ der Psychotherapie. Kirmayer et al. (2015) weisen darauf hin, dass in den Anfängen der transkulturellen Psychiatrie vor allem darauf fokussiert worden war, möglichst die Andersartigkeit von Kulturen herauszuarbeiten und exotische Bevölkerungen zu beschreiben. Den Gemeinsamkeiten von Menschen weltweit wurde nach seiner Ansicht dabei zu wenig Beachtung geschenkt. Auf der anderen Seite birgt die „Globalisierung“ der Psychotherapie das Risiko einer Übergeneralisierung, d. h. die Annahme, dass westlich entwickelte Diagnosekriterien und Interventionen universell gültig seien. Der gangbare Weg liegt wahrscheinlich irgendwo dazwischen. Das bedeutet, dass es tatsächlich kulturübergreifende, universelle Mechanismen gibt, welche emotionale Belastung und psychische Erkrankungen begünstigen können. Dementsprechend gibt es auch Interventionsverfahren, die weltweit eingesetzt werden können. Allerdings variieren die Arten, wie sich solche Belastungen und Erkrankungen manifestieren, sowie die damit verbundenen Bewertungssysteme, sozialen Interaktionen und Behandlungskonzepte. Dieser Variation muss in der individuellen Psychotherapie Rechnung getragen werden.

Dieser Beitrag hat Ansätze für eine theoriegeleitete und trotzdem pragmatische kulturelle Anpassung von Diagnostik, Erklärungsmodellen und Interventionen dargestellt. Idealerweise fließen die Ergebnisse aus der Forschung in die psychotherapeutische Praxis ein. Umgekehrt dienen Erfahrungen aus der Praxis wiederum dazu, theoretische Modelle zu validieren

und weiterzuentwickeln. Aus diesem Grund ist im Bereich der klinischen Kulturpsychologie nicht nur eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Psychologie, Ethnologie und anderen Wissenschaften notwendig, sondern auch eine sehr enge Zusammenarbeit mit der Praxis. Das Ziel dieser Zusammenarbeit liegt darin, kulturell sensitive Verfahren zu entwickeln und damit einen Beitrag zu leisten zur evidenzbasierten Psychotherapie weltweit.

## Literatur

Die Literaturangaben zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).



**Dr. Eva Heim**

### Korrespondenzadresse:

Psychologisches Institut – Psychopathologie & Klinische Intervention  
Binzmühlestr. 14/17  
CH-8050 Zürich  
[e.heim@psychologie.uzh.ch](mailto:e.heim@psychologie.uzh.ch)

Dr. Eva Heim leitet an der Universität Zürich (UZH) die Arbeitsgruppe klinische Kulturpsychologie und ist am Psychotherapeutischen Zentrum der UZH als Psychotherapeutin tätig. Seit Studienabschluss befasst sie sich mit Forschungsthemen der klinischen Psychologie und Psychotherapie in verschiedenen kulturellen Kontexten, u. a. in Bolivien und Libanon.



**Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker**

Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker leitet die Fachrichtung Psychopathologie und Klinische Intervention an der Universität Zürich und ist Klinischer Psychologe und approbierter psychologischer und ärztlicher Psychotherapeut. Neben seiner umfangreichen Forschungserfahrung im Bereich der Psychotraumatologie hat er seit 2011 bei der WHO den Vorsitz der Working Group „Stress-related disorders“ der ICD-11-Revision inne.